

大腿骨頸部骨折地域連携パス運用ガイドライン

I. 適用基準

1. 大腿骨頸部骨折及び大腿骨転子部骨折、大腿骨転子下骨折の症例。
2. 重度の認知症がないこと。
3. リハビリを阻害する重大な全身疾患がないこと。
4. 地域連携パスによる転院リハビリ加療につき本人・家族の了解が得られること。

II. 運用手順

1. 医師が救急室ないし整形外科外来で大腿骨頸部骨折及び大腿骨転子部骨折等の診断。
2. 医師が精神状態（認知症の有無等）、全身状態についての評価。
3. 医師が手術日の決定を行う（麻酔科及び手術室との相談）。
4. 医師が適用基準を満たすと判断した場合、MSWへ連絡。
5. 手術前説明時、医師とMSWは、家族等の相談により連携先医療機関を決定し、転院希望先へ口頭で伝える。※パンフレットを渡す。
6. 手術後速やかに医師、MSWは患者評価シート作成し連携先医療機関のMSWへ連絡。
7. 連携先医療機関のMSWは判定会等において報告し約2週間でベッドを確保。
8. 松江日赤（医師、看護師、リハビリ）は地域連携パス使用開始。
9. 医師は術後約10日程度で転院基準を満たすかを評価しMSWへ連絡。
10. 松江日赤MSWは、転院基準に対する医師の評価を連携先医療機関MSWへ連絡。
松江日赤は、抜糸終了時点で医療者用パスを連携先医療機関へ送付する。※処方内容も添付する。
11. 連携先医療機関MSWは松江日赤MSW、患者家族等へ転院日時を連絡。
12. 転院。転院時骨折部のレントゲンを貸し出す。
13. 連携先医療機関を退院後、急性期医療機関に臨床経過をフィードバック。

III. 転院基準

1. リハビリに意欲があること。
2. 本人・家族に理解が得られていること。
3. 38度以上の発熱がないこと。
4. 創部の状態が良好であること。
5. その他、頻回の画像診断や投薬の変更が必要でない状態であること。

1. 大腿骨骨折地域連携パス（兼紹介状）活用について

地域連携パスの目的

・松江赤十字病院と連携先病院（鹿島病院、記念病院、生協リハビリテーション病院、厚生年金病院間において同一様式のパスを活用することで、一貫した継続的なケアを行う。また、その情報を共有することにより、今後の効果的な医療連携について考えていく。

対象

大腿骨頸部骨折患者

地域連携パス（兼紹介状）について

松江赤十字病院

- ・松江赤十字病院は、地域内において医療・介護連携を要する患者と判断した場合、この連携パスの有用性を患者や家族に説明し、使用する。

連携先医療機関

- ・連携先医療機関において、患者が自宅退院（介護保険施設含む）した場合、2部コピーし、1部を松江赤十字病院へ郵送する。もう1部は担当介護支援専門員へ渡し6ヶ月後の経過報告を依頼する。
- ・原本は連携先医療機関カルテに綴じる。
- ・途中でバリエーションが発生しパスが中断した場合でも、バリエーションの分析のためコピーし松江赤十字病院へ郵送する。

維持期（退院後6ヶ月時点）

- ・担当介護支援専門員は、6ヶ月後時点の情報を記入し、そのコピーを連携先医療機関へ郵送する。
※連携先医療機関は担当介護支援専門員からの報告を松江赤十字病院へ郵送する。

2. リハビリテーション連携計画表について

- ・基本的にリハビリ専門職が記入する。

松江赤十字病院

- ・主治医からリハビリテーション指示時に担当理学療法士は、術後移動目標、転院時移動目標の項目をチェックする。
- ・担当PTは転院時までのリハビリ経過を記入する。転院時、1部コピーし患者へ渡す。原本は連携先医療機関転院時に渡す。

連携先医療機関

- ・連携先医療機関において患者が退院した場合、2部コピーし1部を松江赤十字病院へ郵送し、もう1部を担当介護支援専門員へ渡す。
- ・原本は連携先医療機関カルテに綴じる。
- ・途中でバリエーションが発生しパスが中断した場合、バリエーションの分析のため、その時点の状態を記録しコピーを松江赤十字病院へ郵送する。

3. 入院診療計画書（患者用パス）について

- ・急性期病院入院時に患者に説明し、パスは基本的に患者が所持する。
- ・急性期病院退院時に必要事項記入確認を行い、医療者用パス、リハビリ用パス、患者用パスを連携先病院へ引き継ぐ。
- ・連携先病院から退院時にも担当者が責任を持って必要事項を記入し、退院後の予定などについて説明を行い患者に渡す。

<記載について>

1 記入時期と記入内容

- ・記入は次の病院・施設等に引き継ぐ間、適宜行う
- ・記入内容は、次の病院・施設等が必要とする事項を漏れのないように記入するが、細部については臨機応変に対応する。
- ・次の病院・施設等へ引き継ぐ事項について、パスのみでは記載しきれない場合は既存の主治医連絡書や看護サマリー、リハビリテーション総合計画書などを活用し、スムーズな連携を目指す。
- ・記入に当たっては、各欄に必要な文字・数字を記入し、□には、該当するところにレ印をする。

2 記入は担当者（病院・施設・ケアマネジャー等）が責任を持って行う。

3 表の横軸について

- ・ステップには、時系列の流れが記載されている。
- ・スケジュールの内容では、それぞれの時期のキーワードとなる時期や必要な処置について記載されているので、それぞれの予定日・実際に行った日について記入をする。
- ・なお、予定日は診療報酬の関係で必要な項目となっている。
- ・アウトカムはそれぞれの時期の確認事項について記載されているので、行った際に□内にレ印を入れる
- ・連携内容には□にレ点、() 内には必要時記入する。また、連携確認日には日程を記入する。患者の状態により不必要な欄が生じてくることも予想される。例えば、介護保険が利用できない人、利用の不要な人の場合は、随時、その判断をした結果と確認日を記載する。必要がなければ空欄にする。
- ・治療経過に影響を及ぼす要因の既存疾病は入院前（受傷前）に治療していた疾病や基礎疾患となる骨粗鬆症の治療等の有無を記入する。入院中発見・発症疾病は、急性期病院入院以降に発見し、治療した疾病や術後の合併症等を記入する。
- ・日常生活状況は、退院・転院等の状況を記入する
- ・介護・看護上問題点は、入院中の経過を含め、次の病院・施設等に引き継ぐべき

事項等を記入する。

4 術後急性期（急性期病院）での記入

- ・患者氏名・性別・住所・生年月日・年齢等表の上の欄は入院時に記入する。
- ・かかりつけ（前）医への連絡は必要時行い、連絡日を記入する。
- ・手術準備にあたっては、各病院のクリニカルパスを用い、患者への説明を行う。
- ・退院時に、次の病院等にパスを送付する。
- ・急性期・回復期を兼ねる病院では、あらかじめ病院内で急性期・回復期を意識して記入する。

5 回復リハビリ期（回復期病院・療養病棟）での記入

- ・入院時あらかじめスケジュールの確認・予定日の記入する。
- ・必要に応じて、連携パスをかかりつけ医やケアマネジャーへコピーを送付する。

6 維持期（退院後6か月時点）での記入について

かかりつけ医の記入について

- ・退院後6か月時点で記入する。
- ・維持期記入欄はかかりつけ医とケアマネジャーが連携して記入する。

ケアマネジャーの記入について（担当ケアマネジャーがいない場合は療養型病院の

MSWが責任を持って記入する）

- ・記載は退院後6か月時点で記入する
- ・居住場所、再骨折の発生、移動の目標状況等漏れのないよう記入する。
- ・かかりつけ医欄は医師連絡の上、記入してもらう。
- ・記入後は、急性期・回復期の病院・施設へ連携パスを送付する。

連絡先：パス事務局

松江赤十字病院 医療社会事業部 杉谷、樋野

Tel : 32-6901 Fax : 24-3296

E-mail : social@matsue.jrc.or.jp